

ISSN 1608-635X (Print)
ISSN 2664-4479 (Online)



Національна академія медичних наук України

Всеукраїнська асоціація кардіологів України

ДУ «Національний науковий центр "Інститут кардіології
імені академіка М.Д. Стражеска" НАМН України»

Український кардіологічний журнал

Ukrainian Journal of Cardiology

Матеріали XX Національного конгресу кардіологів України

(Київ, 25–27 вересня 2019 р.)

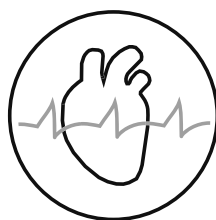
Головний редактор: О.М. Пархоменко

Наукова редакція випуску: М.І. Лутай (голова), Л.Г. Воронков,
С.М. Кожухов, О.І. Мітченко, Л.А. Міщенко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов,
Ю.М. Сіренко, Ю.М. Соколов, Т.В. Талаєва, В.О. Шумаков

Том
26

Додаток
1

2019



www.ucardioj.com.ua

Київ • 2019

шу тривалість штучної вентиляції легень та перебування у відділенні реанімації, які становили у I та II групах, відповідно $(9,76 \pm 28,56)$ і $(7,53 \pm 13,28)$ годин та $(2,26 \pm 0,69)$ і $(2,12 \pm 1,19)$ доби.

Висновки. Згідно з нашими даними, категоричних протипоказань до виконання повної артеріальної ревазуляризації міокарда немає, за винятком ожиріння ($IMT > 35$) та складної супутньої патології. Операція з використанням двох і більше артеріальних кондуїтів є безпечною, не потребує багато часу і може виконуватись у більшості пацієнтів з ішемічною хворобою серця.

Безболіва ішемія міокарда в людей похилого віку з ізольованою сistolічною АГ, ускладненою хронічною серцевою недостатністю

А.М. Василенко, С.О. Шейко, Н.О. Колб

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Безболіва ішемія міокарда (БІМ) – є прогностично несприятливим фактором і спостерігається у 2–57 % населення. Серед практично здорових осіб, які мають фактори ризику ішемічної хвороби серця, БІМ діагностують у 15–20 %. У третини хворих з ІХС та епізодами БІМ в подальшому розвивається стенокардія або інфаркт міокарда (ІМ). Наявність БІМ підвищує ризик раптової коронарної смерті в 5–6 разів, розвиток застійної серцевої недостатності – в 1,5 разу. На сьогодні актуальною проблемою є ізольована систолічна артеріальна гіпертензія (ІСАГ). (АС). Проте дотепер не встановлена поширеність БІМ у цієї категорії хворих.

Мета – вивчити поширеність БІМ у людей похилого віку з ізольованою систолічною артеріальною гіпертензією, ускладненою хронічною серцевою недостатністю.

Матеріал і методи. Основну групу склали 89 хворих (48 чоловіків та 41 жінка) похилого віку з ІСАГ, ускладненою хронічною серцевою недостатністю. Середній вік хворих – $(66,8 \pm 6,3)$ року. До групи порівняння увійшло 35 пацієнтів похилого віку (18 чоловіків та 17 жінок) з артеріальною гіпертензією, віком $(65,9 \pm 4,6)$ року. Оцінку тяжкості клінічного стану хворих з ХСН здійснювали за шкалою R. Cody в модифікації В.Ю. Марсєва. В основній групі виявили елевацию сегмента ST > 1 мм у будь-якому відведенні, за виключенням відведення V2. Холтеровське моніторування ЕКГ дало змогу діагностувати БІМ під час виконання звичних для пацієнта фізичних і емоційних навантажень та отримати інформацію про початок, тривалість і кількість епізодів БІМ, провести аналіз циркадної варіабельності ішемічних епізодів, їх кореляцію з ектопічною активністю.

Результати. Отримані результати свідчать про те, що у хворих літнього віку ХСН з ІСАГ має більш тяжкий клінічний перебіг, що зумовлено тяжкими розладами гемодинаміки, функціонального стану міокарда і ремоделюванням

лівого шлуночка (ЛШ). У пацієнтів основної групи у 2,6 рази частіше ($p < 0,05$), ніж у групі порівняння, реєстрували стенокардію напруження – у 97,1 % проти 37,0 %. У 28,4 % хворих із систолічною дисфункцією ЛШ в анамнезі був перенесений інфаркт міокарда. Основними причинами декомпенсації ХСН за наявності ІСАГ на відміну від хворих без ІСАГ прояви ішемії міокарда, стенокардія напруження, порушення ритму серця. Слід відзначити, що у виникненні і прогресуванні ХСН важливу роль відігравали як симптомні, так і безсимптомні форми ІХС. У більшості випадків у одного і того самого хворого спостерігали сукупність як болізової, так і безболізової ішемії міокарда. БІМ за даними добового моніторингу ЕКГ діагностували у 39,5 % пацієнтів основної групи проти 15,1 % пацієнтів в групі порівняння ($p < 0,05$). Небезпечні для життя шлуночкові порушення ритму діагностовано у 18,1 % хворих основної групи проти 5,5 % в групі порівняння.

Висновки. Клінічний перебіг ХСН у хворих похилого віку з ІСАГ порівняно з хворими без ІСАГ характеризується більш частим виявленням БІМ (39,5 % проти 15,1 %; $p < 0,05$), більшою частотою стенокардії напруження (97,1 % проти 37,0 %; $p < 0,05$) та високим відсотком небезпечних для життя аритмій (18,1 % проти 5,5 %).

Лікування пацієнтів з багатосудинним ураженням коронарних судин за методикою гібридної ревазуляризації міокарда

А.В. Габрієлян, Т.М. Доманський,
В.Й. Сморжевський, С.В. Романова

Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О.О. Шалімова НАМН України, Київ

Мета – проаналізувати результати лікування у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та багатосудинним ураженням коронарного русла шляхом поєднання різних методик PCI та CABG.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 26 пацієнтів, яким виконували ревазуляризацію міокарда шляхом поєднання двох методик: черезшкірного коронарного втручання (PCI) та коронарного шунтування без штучного кровообігу (CABG OFF PUMP). Термін спостереження – $(25,0 \pm 9,6)$ місяців.

Результати. Опрацьовані результати з 2014 по 2018 р., у групі ГКС 26 (100 %). Середній період спостереження – $(25,0 \pm 9,6)$ місяця. Отримані дані анкетування, що передбачало використання Сітлського опитувальника. Якість життя та стан здоров'я оцінювався за такими показниками:

- Physical Limitation (PL) – $81,9 \pm 6,25$ %;
- Angina Stability (AS) – 100 %;
- (AF) – $87,5 \pm 25$ %;
- (TS) – $85,62 \pm 13,3$ %;
- (DP) – $66,65 \pm 9,64$ %.